FACULTÉ DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE

Année scolaire 1928-1929

THÈSE

N° 11

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 24 Janvier 1929, à 17 heures 30

PAR

VASSEUR Roger-Charles-Olivier

Né le 15 Juin 1903, à Bernieulles (P.-de-C.)

Contribution à l'étude de

LA COXITE GONOCOCCIQUE

et de ses formés cliniques

Le candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront adressées sur les différentes parties de l'enseignement médical.

Président de la thèse : M. LE FORT.

Suffragants : MM. PIERRET
DUHOT
DELANNOY.

LILLE
IMPRIMERIE DOURIEZ-BATAILLE
140, Rue Nationale

1929

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE

Année scolaire
1928-1929

THÈSE

N° 11

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 24 Janvier 1929, à 17 heures 30

PAR

VASSEUR Roger-Charles-Olivier

Né le 15 Juin 1903, à Bernieulles (P.-de-C.)

Contribution à l'étude de

LA COXITE GONOCOCCIQUE

et de ses formes cliniques

Le candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront adressées sur les différentes parties de l'enseignement médical.

Président de la thèse : M. LE FORT.

Suffragants : MM. PIERRET.
DUHOT
DELANNOY.

LILLE
IMPRIMERIE DOURIEZ-BATAILLE
140, Rue Nationale

1929

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Doyen : M. Ch. Dubois (✻ I. ✾). — Assesseur : M. E. Gérard (✻ I. ✾).

Clinique médicale	MM. Carrière (✻, I. ✾),	professeur.
	Combemale (O. ✻, I. ✾ M)	id.
Clinique chirurgicale	Gaudier (O. ✻, ✝, I. ✾),	id.
	Lambret (C. ✻, I. ✾),	id.
Clinique des mal. cutanées et syphilit.	Charmeil (✻, I. ✾),	id.
Clinique obstétricale	Bué (✻, I. ✾),	id.
Pathologie interne et expérimentale et Clinique des maladies de l'appareil digestif	Surmont (✻, I. ✾, ✠),	id.
Pathologie externe et Clinique des maladies des voies urinaires	Potel (✻, ✝, I. ✾),	id.
Anatomie pathol. et Pathol. générale.	Curtis (✻, I. ✾),	id.
Physiologie	Dubois (I. ✾),	id.
Anatomie	Gérard (Georg.) (I. ✾ ✠)	id.
Histologie	Debeyre (O. ✻ ✝ I. ✾ ✠)	id.
Chimie minérale et Toxicologie	Vallée (✻, I. ✾),	id.
Chimie organique	Polonowski (A. ✾, ✝),	id.
Matière médicale et Botanique	Fockeu (✻, I. ✾, ✝, ✠)	id.
Pharmacie et Pharmacologie	Gérard (Ernest) (✻, I. ✾),	id.
Zoologie médicale et pharmaceutique	Desoil (✻, I. ✾),	id.
Accouchements et Hygiène de la première enfance	Paucot (A. ✾),	id.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	Le Fort (O. ✻, ✝ I. ✾, O, ✠),	id.
Clinique psychiàtrique.	Raviart (✻, I. ✾),	id.
Clinique médicale infantile	Minet (I. ✾),	id.
Thérapeutique	Ingelrans (I. ✾),	id.
Médecine opératoire	Vanverts, (✻ I. ✾),	id.
Hygiène et Bactériologie	Pierret (I. ✾).	id.
Médecine légale	Leclerq (✻ ✝, I. ✾),	id.

Professeurs titulaires non pourvus de chaire

MM. Bédart (O. ✻, I. ✾, ✠) ; Ingelrans (I. ✾) ; Morvillez (A. ✾)

Cours complémentaires

Clinique ophtalmologique.	MM. Gérard (G.), (I. ✾, ✠),	professeur
Pathologie générale	Ingelrans (I. ✾),	id.
Clinique oto-rhino-laryngologique	M. Debeyre (O, ✻, ✝, I ✾, ✠)	id.
Crénothérapie et Climatothérapie	Duhot (I. ✾)	id.
Chimie analytique	Polonovski (✝, A ✾),	id.
Physique pharmaceutique	Sonneville (A. ✾),	id.
Parasitologie	Lavier (✝),	id.
Déontologie	Bertin (✻, I. ✾),	id.
Physique médicale	Fabre (✻, I. ✾),	id.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Doyens honoraires : MM. de Lapersonne (O. ✻, I. ✾), Combemale (O. ✻, I. ✾, ff.

Professeurs honoraires : MM. Moniez (O. ✻, I. ✾), Calmette (C. ✻), Lescœur (I. ✾), Baudry (✻ I. ✾, ✠), Dubar (O. ✻, I. ✾), Verdun (✠ I.), Debierre, Doumer, Curtis, Lemoine.

Agrégés en exercice :

MM. Duhot (A. ✾), Gérard M. (✝ ✻ A. ✾), Combemale P., E. Doumer (✝, Cordier, P. Delannoy, Paquet (✝, A. ✾). Bertin (✻), Legrand (✝ ✠), Swynghedauw (A. ✾ ✝), Lavier (✻),

---

La Faculté a décidé que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend y attacher aucune approbation ni improbation. (Décision de la Faculté en date du 28 février 1878).

A MA FEMME

Je lui dédie ce modeste travail en témoignage de mon profond amour.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Humble compensation à leurs généreux sacrifices et faible gage de mon éternelle reconnaissance.

A MON FRÈRE

En fraternelle affection.

A MES DEUX FRÈRES

Morts au Champs d'Honneur.

A MES BEAUX-PARENTS

Faible témoignage de grande affection.

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

A mes Anciens Professeurs de l'INSTITUTION St-VAAST
DE BÉTHUNE

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTÉ LIBRE
DE MÉDECINE DE LILLE

A Monsieur le Docteur D'HOUR

Chef de Clinique Médicale

Il nous a prodigué ses conseils, Nous l'en remercions bien vivement.

A Monsieur le Professeur LANGERON

Professeur de Clinique Médicale

Médecin des Hopitaux de Lyon.

Il nous a inspiré le sujet de notre thèse. Qu'il veuille bien agréer l'hommage de notre sincère et respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Professeur LE FORT

Commandeur de la Légion d'Honneur — Croix de Guerre

Professeur de Clinique Chirurgicale Infantile

Membre Correspondant de l'Académie de Médecine

Membre Correspondant de la Société de Chirurgie

En témoignage de reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

AUX MEMBRES DE MON JURY

Monsieur le Professeur PIERRET

Monsieur le Professeur Agrégé DUHOT

Monsieur le Professeur Agrégé DELANNOY

CHAPITRE I

Avant-Propos

Pendant notre séjour à l'Hôpital de la Charité, dans le service du Professeur Langeron, nous avons eu la bonne fortune de suivre un cas intéressant d'arthrite gonococcique de la hanche et, sur les conseils de notre Maître, nous en avons fait le sujet de notre thèse. C'est une affection plus fréquente qu'on ne le croit et dont le pronostic est grave, surtout quand elle n'est pas traitée dès ses premiers symptômes ; aussi nous avons pensé faire œuvre utile en apportant à l'étude de cette maladie la modeste contribution d'une observation nouvelle. C'est là toute notre ambition.

Arrivé au terme de nos études médicales, nous nous faisons un devoir d'adresser nos remerciements à nos Maîtres de la Faculté Libre de Médecine de Lille. Qu'ils

veuillent bien agréer l'hommage de notre reconnaissance pour l'excellente direction qu'ils ont donnée à nos études.

Monsieur le Professeur Langeron nous a donné fort obligeamment les renseignements les plus utiles. Il s'est toujours montré plein d'intérêt pour nous. Nous le prions d'agréer nos sentiments de gratitude.

Monsieur le Professeur Le Fort nous fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; qu'il veuille bien agréer, avec nos remerciements, l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

CHAPITRE II

OBSERVATION I (1)

P[r] LANGERON et DELCOUR

(recueillie dans le service de clinique de la Faculté libre)

Une jeune femme de 22 ans, Gabrielle M..., ménagère, entre à l'hôpital le 25 janvier 1927, pour douleurs articulaires. Elle est enceinte de son premier enfant et se trouve à sept mois de sa grossesse. Elle ne signale aucun antécédent pathologique, en particulier jamais de rhumatisme articulaire aigu. En revanche, on devait apprendre, dans la suite, que son mari avait eu, un an auparavant, une urétrite blennorragique.

La maladie a commencé cinq jours avant l'entrée dans le service, par des douleurs, d'abord modérées, apparues le matin au réveil dans le genou droit et l'épaule gauche. Dès le lendemain, elles étaient extrêmement vives et ont persisté depuis ce temps à trois articulations sans jamais les quitter : épaule gauche, genou droit et hanche gauche.

On note à l'examen :

a) A l'*épaule gauche*, endolorissement n'empêchant pas la mobilisation prudente, sans phénomènes inflammatoires de la région peri-articulaire ;

---

(1) Nous avons tenu à reproduire avant les considérations générales sur le sujet, l'observation de la malade du Professeur Langeron et du Docteur Delcour, que nous avons eu l'occasion d'examiner et qui a été le point de départ de notre travail.

b) *Genou droit* immobilisé en flexion légère avec injection des culs-de-sac sous-quadricipitaux et empâtement des parties molles ; teinte rosée des téguments avec circulation veineuse exagérée. Choc rotulien net. Douleurs très violentes à la moindre tentative de mobilisation ;

c) *Hanche gauche* déformée par un gros empâtement qui gêne l'exploration précise de la région. Pas de rougeur de la peau. Douleurs vives à la pression. Mobilisation absolument impossible.

Toutes les autres articulations sont intactes.

Le cœur a des bruits rapides (116), mais réguliers à timbre normal ; tension : 9-12 (Vaquez). Foie et rate non augmentés de volume. Le reste de l'examen viscéral est négatif.

Leucorrhée légère sans dysurie. Pas d'albuminurie. Température 37°8.

La malade est d'abord soumise au traitement salicylé et reçoit 12 grammes par jour par la bouche.

La semaine suivante, les arthralgies abandonnent rapidement l'épaule, mais elle persistent aux deux autres articulations de façon fixe et s'accompagnent de phénomènes de péri-arthrite intenses. L'infiltration autour de la hanche gauche détermine un volumineux œdème de la grande lèvre du même côté. La leucorrhée est augmentée.

L'examen des sécrétions vaginales n'a pas révélé de gonocoques ; il est impossible, en raison des douleurs violentes au moindre mouvement, d'effectuer un prélèvement dans l'urèthre ou dans le col.

Le 2 février. — Une ponction du genou droit ramène un liquide très louche, séro-purulent, homogène dans lequel l'examen microscopique révèle : des polynucléaires nombreux en grande partie cytolysés ; de nombreuses cellules endothéliales ; quelques très rares diplocoques.

La nature du rhumatisme ne pouvant plus dès lors faire de doute, on commence la *vaccinothérapie* anti-gono-coccique. La malade reçoit tous les trois jours une injection intra-musculaire de cinq ampoules de vaccin au fluorure de sodium (soit cinq fois la dose habituelle).

Ces injections, qui ne déterminent d'ailleurs pas la moindre réaction locale, ni générale, ne sont suivies d'aucune améliora-

tion : les douleurs du genou droit et de la hanche gauche sont excessives. L'état général décline peu à peu. La température oscille de un degré par jour, de 37°5 à 38°5.

Une numération globulaire pratiquée à cette époque donne : 23.000 leucocytes, dont 83 pour 100 de polynucléaires.

On cesse les injections de vaccin.

A partir du 27 février, on fait à la malade, deux fois par semaine, une injection intrafessière de 10 centimètres cubes d'*auto-sang*, immédiatement après ponction veineuse, sans hémolyse ni citration.

Le soir de la première injection, la température ne dépasse pas 37°8. Les jours suivants, ses oscillations ne sont plus que de deux dixièmes de degré. La courbe se régularise et se stabilise définitivement vers 37°2. Les douleurs articulaires se calment progressivement.

Le 4 mars, disparition complète de toute arthralgie du genou, sauf dans les mouvements de flexion très étendus. Il persiste encore un peu de liquide qui se résorbe les jours suivants.

Peu à peu, la hanche devient elle-même parfaitement indolore, la peri-arthrite coxo-fémorale disparaît. L'état général se relève de jour en jour.

Le 4 mars, soit deux mois après le début de la maladie, et après un mois d'auto-hémothérapie et d'apyrexie, on note la guérison complète de l'arthrite du genou ; les mouvements se font librement ; il n'y a ni douleurs, ni ankylose, ni déformation. La hanche peut être mobilisée parfaitement sans douleur, mais les mouvements actifs sont impossibles. La malade a essayé en vain de se tenir debout.

La mensuration du membre inférieur gauche fait découvrir alors un raccourcissement de 5 centimètres par ascension du trochanter, facilement réductible par la traction manuelle sur la jambe.

A cette époque, la malade quitte momentanément le service et va accoucher à la maternité d'un enfant bien portant. Les suites de couches sont normales.

En fin avril, quand elle rentre à l'hôpital, l'examen du membre donne les résultats suivants : position normale, sauf une légère rotation interne. Ascension marquée du trochanter. Atrophie musculaire de trois centimètres à la partie moyenne de la

cuisse. Raccourcissement : 4 centimètres. Les mouvements actifs sont impossibles. La mobilisation passive est extrêmement simple dans tous les sens, sans limitation, et s'accompagne de gros craquements articulaires. Le genou droit est en tout point normal.

Une radiographie prise en même temps (fig. 1) montre une subluxation en haut de la tête fémorale. Il existe une décalcification intense du fémur et de l'acétabulum : l'interligne, mal dessiné, est irrégulier et très diminué. La tête, comme abrasée à sa partie supérieure, est aplatie en galet. Le sourcil cotyloïdien, extrêmement flou, projette son ombre sur celle de la tête dans laquelle il paraît pénétrer.

Le docteur Duvernay, ancien interne des Hôpitaux de Lyon, a examiné les radiographies de cette malade, lors d'une conférence qu'il nous fit sur ce sujet à l'Hôpital de la Charité. D'après lui, les lésions observées sont bien celles d'une très forte arthrite se manifestant par l'effacement des contours, la décalcification, etc....., mais il ajoute qu'il y a au-dessous un canevas de forme anormale et il ne croit pas à une luxation due à l'arthrite.

L'articulation est alors traitée par le massage et la mobilisation quotidienne, et soumise à la *traction continue* à l'aide d'un appareil identique à celui de Tillaux pour les fractures du col.

Au cours de cette période de traction, trois radiographies prises à intervalles de un mois, et dues à l'obligeance du docteur Desplats, montrent la descente de la tête fémorale au niveau du cotyle et un retour progressif des extrémités osseuses à l'opacité normale.

Après quatre mois d'appareillage; la réparation des lésions radiologiques étant jugée suffisante, on cesse l'*extension continue*. Le 15 septembre, la malade s'essaie à la marche. La rééducation fonctionnelle s'effectue lentement, elle est suffisante pour permettre à la malade de quitter l'hôpital le 10 octobre. Le jour de sa sortie, son état peut être résumé ainsi :

A la radiographie (fig. 2), la tête du fémur demeure déformée, mais a repris une densité suffisante. Elle se trouve dans une situation voisine de la normale. Le cintre cervico-obturateur n'est plus rompu, mais seulement déformé. Le sourcil cotyloïdien est

nettement restauré. Tête et cotyle ont des contours nets, bien recalcifiés, limitant un interligne irrégulier, mais marqué avec précision.

Cliniquement, les mouvements au lit se font activement dans tous les sens, sans douleurs, ni limitation. Il persiste une atrophie de la masse musculaire de la cuisse, ainsi qu'un raccourcissement du membre de trois centimètres, dû à la déformation définitive de la tête, malgré la réduction de la luxation. La marche, extrêmement facile avec l'aide d'une canne, devient possible sans aucun appui ; elle n'éveille aucune douleur et s'accompagne d'une légère claudication.

En résumé, rhumatisme gono-coccique polyarticulaire, rapidement localisé à la hanche gauche où s'installent des lésions osseuses considérables aboutissant, au bout de deux mois, à une luxation pathologique. Traitement efficace par l'autohémothérapie. Extension continue pendant quatre mois. Réparation des surfaces articulaires et réduction de la luxation. Restauration fonctionnelle suffisante et même bonne, si on la compare aux conséquences habituellement désastreuses de cette affection.

Seules les circonstances et la difficulté de s'en procurer rapidement ont empêché d'utiliser dans ce cas le sérum de Nicolle, préparé par l'Institut Pasteur de Paris, qui a donné de bons résultats dans le traitement des arthrites gonococciques (G. Langeron et Bona, *Lyon chirurgical*, 1920.)

CHAPITRE III

Historique

Les premières observations cliniques d'arthrites gonococciques de la hanche remontent à 1781, elles sont dues à Swediaur et à Théophile Selle.

En Angleterre, sir Benjamins Brodie aurait aussi décrit la maladie en 1818.

Jusqu'en 1833, nous trouvons les noms de Reuss et de Callisens, de Cullerier, de Cloquet et de Laënnec.

En 1833, Ricord donne ses descriptions remarquables, puis Hélot en 1844 et Teissier en 1845 étudient à leur tour les arthrites gonococciques.

Entre 1860, et 1879, commencent les recherches de pathogénie. La question fut très discutée à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris en 1866 et en 1867 avec Peter, Fournier, Fereol, Pidoux, Losègue. Mais il res-

tait encore beaucoup de chemin à parcourir, ce qui a poussé Bernier à écrire en 1876 : « La question couronnée de fleurs oratoires a en fait peu progressé. »

Suit alors une période de recherches bactériologiques recherches d'Hallier 1872), Bouchard (1878), Salisbury (1879). En 1879, Neisser découvrit le gonocoque et en donna les caractères. La plupart des médecins trouvent le gonocoque dans les articulations malades, mais ne sont pas d'accord sur sa description et sa constance. Toutefois, les recherches bactériologiques se sont multipliées et poursuivies avec Rendu, Weisser (arthrite de la hanche), Neisser, etc...

Mais, en 1904, Lemierre rassemble dix-neuf cas où le gonocoque a été isolé dans le sang. Faure-Baulieu, en 1906, en réunit trente-quatre cas et, grâce aux perfectionnements de la technique employée, les recherches ont été de plus en plus fructueuses et, dans plus de 80 % des cas, elles ont révélé la présence du gonocoque.

CHAPITRE IV

Etiologie

Dans les anciennes statistiques (Renault, Besnier et Lenoir), la complication articulaire chez les blennorragiques passait pour être peu fréquente (2 à 3 % des cas). A vrai dire, ce pourcentage est au-dessous de la vérité, et il vaut mieux s'en rapporter aux justes remarques de Peter ou à l'expérience de König qui disent que la « blennorragie est la plus fréquente des maladies articulaires de l'adulte, car c'est naturellement l'âge des contagions vénériennes ». Ainsi donc, chez l'homme, la porte d'entrée est surtout l'uréthrite ; c'est la principale, mais non la seule, car chez l'enfant, par exemple, l'on trouve, à l'origine des localisations articulaires, l'ophtalmie purulente, les conjonctivites, la rhinite, etc...

Dans l'étiologie de l'arthrite gonococcique de la hanche, le traumatisme est invoqué souvent par le malade,

et dans bien des cas il tient une place importante. Dans 5 des 20 coxites observées par König, le traumatisme est relaté. Aussi, en pratique, il faudra donc, tout en s'appliquant à reconnaître l'inflammation gonococcique, songer au rôle favorisant du traumatisme et discerner la part de ces deux facteurs.

L'uréthrite, au cours de son développement, a-t-elle une action si évidente sur les articulations et en particulier sur l'articulation coxo-fémorale ? Si l'on consulte les travaux de Ricord, de Lesné, de Langle, nous constatons que, dans de nombreux cas, les localisations articulaires sont nulles, qu'un traitement de l'uréthrite ait été mis en œuvre ou non ; par contre, dans d'autres cas traités dès le début, l'on assiste à l'éclosion rapide des accidents articulaires. Existerait-il des gonocoques plus virulents, ou plus « arthrophiles » suivant l'expression imagée, qui rendraient compte de la prédominance des localisations articulaires. Cette question, soulevée par plusieurs auteurs, n'a pas encore, à notre connaissance, reçu de réponse légitime.

Pour l'étude du siège d'élection des arthrites gonococciques, plusieurs statistiques sont connues, et en particulier celle de Finger (376 cas), celle de Bornemann (742 arthrites sur 271 malades). Pour le cas qui nous intéresse, l'articulation de la hanche est atteinte dans une proportion assez restreinte, si l'on s'en rapporte à ces données. Cependant c'est une affection encore fréquente et dont la localisation s'observe à tout âge, mais la femme enceinte (observation I) et l'accouchée y sont plus particulièrement exposées.

L'arthrite apparaît généralement vers la troisième ou quatrième semaine au cours de l'uréthrite. Le plus

souvent, il s'agit non pas d'une infection récente avouée par le malade, mais d'une infection ancienne passée presque inaperçue. Ces malades à uréthrite fruste, dont les localisations articulaires sont rapportées difficilement à leur vraie cause, sont nombreuses, et ce fait mérite d'être connu, car ces « arthrites sans uréthrite », ainsi qu'on les a appelées, posent un problème de diagnostic bien intéressant.

CHAPITRE V

Symptomatologie

Dans l'arthrite gonococcique de la hanche, le premier signe qui attire immédiatement l'attention, c'est la *douleur*. Dans l'observation due à l'obligeance du Professeur Langeron et du Docteur Delcour, cette jeune femme de 22 ans précise bien qu'elle a ressenti des douleurs d'abord modérées dans le genou droit et l'épaule gauche et quelques jours plus tard ces douleurs devenaient plus vives dans les trois articulations : épaule gauche, genou droit et hanche gauche.

C'est une douleur véritablement atroce, « plus marquée que dans toute arthrite » (König), que rien ne calme. Les malades gémissent, pleurent, et prennent dans leur lit une attitude qui, d'après eux, protège le mieux leur membre. Un malade de Duplant et Pelin « criait jour et nuit ».

Puis c'est le stade de l'*attitude vicieuse :* flexion abduction, rotation externe avec allongement apparent du membre. Le malade qui souffre place souvent aussi son membre en adduction et rotation interne pour mieux protéger son articulation douloureuse, attitude redoutable puisqu'elle conduira plus sûrement à la luxation pathologique. Rapidement, l'atrophie du membre apparaîtra.

Douleur intolérable, mauvaise attitude d'auto-protection, atrophie musculaire, tels sont les meilleurs signes. — A côté de ceux-là, on trouve aussi du gonflement périarticulaire — de l'empâtement dur, infiltrant, phlegmoneux, qui gêne parfois l'exploration et que l'on perçoit surtout dans le triangle de Scarpa ; la mobilisation est limitée, parfois même absolument impossible. Une adénite inguinale importante sera notée dans certains cas.

La température est souvent élevée, mais cette règle est loin d'être absolue, la malade que nous avons pu observer n'avait que 37°8 à son entrée.

En face de ce tableau symptomatique, il faudra penser à l'arthrite gonococcique et s'efforcer d'établir ce diagnostic par la recherche du gonocoque.

CHAPITRE VI

Formes anatomo-cliniques

Il nous semble qu'on peut considérer dans l'étude de la coxite gonococcique les formes anatomo-cliniques suivantes, sans essayer cependant de les faire rentrer dans un cadre fixé et immuable et c'est pourquoi nous croyons utile de rappeler les sages remarques d'Ollier : « Je pourrais citer comme blennorragiques les exemples de toutes les formes d'arthrites qu'on a englobées et qu'on englobe encore sous la dénomination de rhumatismes aigus et chroniques. Ce sont même les formes mixtes atypiques que l'on rencontre le plus souvent. »

1° La *synovite simple* de la hanche, habituellement fugace, légère, c'est la simple hypérémie avec épaississement léger et simple dépoli. Elle est caractérisée par une réaction purement congestive ou plastique de la séreuse articulaire, sans importance clinique si on la con-

sidère au cours d'un rhumatisme gonococcique généralisé, mais de diagnostic difficile quand son unique manifestation, l'arthralgie, en impose non seulement pour une arthrite non blennorragique de la hanche, mais même pour des douleurs d'autre origine, en particulier pour la banale névralgie sciatique.

2° La *synovite à épanchement* présente une latence spéciale à l'articulation de la hanche, en raison de sa situation profonde au sein d'épaisses masses musculaires. Le liquide peut être :

a) *séreux* — éventualité rare, car, dit M. Chauffard, « dans les ponctions d'arthrite gonococcique, le liquide n'est jamais citrin comme normalement, mais présente toujours un certain degré de purulence » ;

b) ou franchement *purulent* (pyarthrose vraie) ;

c) ou *séro-purulent* qu'on observe dans l'immense majorité des arthrites gonococciques exsudatives.

Dans une articulation aussi peu accessible à l'exploration directe et difficile à ponctionner, l'apparition de l'arthrite passe facilement inaperçue. La persistance de douleurs vives et fixes pendant plusieurs jours fait penser à la présence du liquide.

3° Dans la *forme chondro-synoviale,* la synoviale constitue la localisation principale de l'infection, mais il existe une participation cartilagineuse et osseuse. A notre avis, c'est plutôt une forme de transition sans physionomie assez nette pour mériter d'être conservée.

4° L'*ostéo-arthrite* à gonocoques est bien autrement importante et les observations de cette forme n'ont pas encore été fréquemment recueillies. Son caractère anatomique essentiel est la participation du tissu osseux à l'inflammation articulaire. L'observation due au Pro-

fesseur Langeron et au Docteur Delcour en reproduit tous les traits : installation à partir d'une forme apparemment innocente, arthralgie simple se transformant peu à peu en douleurs très violentes ; surtout évolution insidieuse de lésions osseuses, fémorales et iliaques, aboutissant rapidement par le mécanisme de l'ulcération compressive à la luxation pathologique *précoce*.

L'examen radiologique nous montre d'abord le flou des contours osseux avec ostéoporose aiguë de l'épiphyse fémorale — puis des lésions rapidement destructives des deux surfaces articulaires — aplatissement de la tête en « galet » ou en « tampon de wagon » — déformation allant jusqu'à la destruction du toit de l'acétabulum — disparition du sourcil cotyloïdien réduit à un éperon tranchant qui sectionne la tête fémorale décalcifiée en voie d'ascension — enfin luxation de celle-ci hors de sa cavité.

Donc pronostic fonctionnel très sombre — et, sauf thérapeutique précoce, cette forme aboutit vite à des désordres osseux considérables qui compromettent la statique du membre et la marche.

5° L'*arthrite chronique* est une forme assez souvent observée. Elle peut succéder par ankylose progressive à une des formes précédentes ou parfois apparaître de façon insidieuse, après une poussée subaiguë de rhumatisme blennorragique plus ou moins fruste et non identifié. Elle se caractérise anatomiquement et radiologiquement par la présence en proportion variable de lésions destructives (déformation de la tête — ulcération du cotyle — subluxation) et constructives (hyperostoses — périostoses — ankyloses), reproduisant les lésions du rhumatisme chronique.

Cette forme pose le problème du rôle important de la gonococcie, à côté de la tuberculose et de la syphilis, dans l'étiologie de nombreux cas de rhumatisme chronique de la hanche, affection si polymorphe et si discutée.

Ces diverses formes cliniques de la coxite gonococcique, nous tenons à le dire, ne sont pas des cadres absolument rigides. Bien des cas présentent à l'observateur des tableaux intermédiaires. D'ailleurs, il est fréquent de voir une coxite passer d'une forme à l'autre par des transitions tout à fait insensibles. Chacune des formes signalées ci-dessus est susceptible d'évoluer suivant trois directives différentes :

a) La guérison complète sans séquelles dans les cas simples et traités à temps.

b) La terminaison par ankylose progressive plus ou moins complète.

c) Le passage à une forme présentant un degré de gravité suéprieur : l'arthrite plastique simple devient peu à peu une pyarthrose ; souvent, la bénigne synovite devient insidieusement une ostéo-arthrite.

CHAPITRE VII

Classification

Les arthrites gonococciques peuvent être classées suivant l'évolution et suivant l'âge du malade :

a) Suivant l'évolution.

A côté de la forme habituelle apparaissant dans les mois qui suivent la lésion porte d'entrée, l'on décrit :

Une *forme précoce,* contemporaine de l'uréthrite pouvant même exceptionnellement la précéder cliniquement.

Une *forme tardive,* tout à fait opposée à la précédente, où l'arthrite survient très tard, 5, 10 et 20 ans après la contamination.

Une *forme à rechutes* avec reprise de poussées aiguës ou subaiguës plus ou moins éloignées, à l'occasion de causes accidentelles (excès alcooliques ou vénériens, réveil de l'uréthrite). Ces attaques répétées ne

sont pas sans mettre quelquefois la vie en danger et amener à la longue une forme généralisée, ankylosante et cachectisante. Au sujet de ces récidives, on peut se poser cette question : « Plutôt qu'une nouvelle infection, n'est-ce pas un retour de la première incomplètement guérie ? »

b) Suivant l'âge du malade, l'on pourra observer l'*arthrite du nourrison* secondaire à l'ophtalmie purulente, à la vulvite, à l'uréthrite chez le jeune garçon d'une façon « exceptionnelle » (Broca).

L'*arthrite des enfants* qui est souvent consécutive à une rechute plus ou moins méconnue et particulièrement trompeuse à cet âge où le diagnostic de coxalgie tuberculeuse à début subaigu vient si naturellement à l'esprit.

L'*arthrite de la puerpéralité* dont notre observation est un exemple typique.

CHAPITRE VIII

Pronostic

Les classifications dont nous venons de donner les divisions principales, les caractères symptomatiques (douleurs, aspect pseudo-phlegmoneux, présence de liquide séreux, séro-purulent, et purulent) ne peuvent pas, à la vérité, permettre d'établir un pronostic. Sur ce point précis, ce qui compte, c'est le *degré des lésions* qui fera préjuger de l'avenir et aussi qui décidera du traitement à instituer.

Nos classifications étudiées, nous croyons que (la coxite chronique mise à part qui est une forme de terminaison) les formes aiguës de la coxite gonococcique doivent être divisées en deux grandes classes qui possèdent une évolution et relèvent d'une thérapeutique particulière :

1° Les coxites à lésions purement synoviales ;

2° Les coxites à lésions ostéo-articulaires.

Cette distinction essentielle doit être toujours présente à l'esprit du médecin qui assiste à l'installation d'une arthrite gonococcique de la hanche.

S'agit-il d'une synovite pure, même pseudo-phlegmoneuse, même avec pyarthrose ? L'évolution et le pronostic seront relativement favorables. Le rôle du thérapeute consistera à éviter l'ankylose et à guetter attentivement l'apparition toujours possible de lésions osseuses. S'agit-il au contraire d'une hanche plus profondément mordue par le gonocoque ? Les lésions se sont-elles étendues de la synoviale au squelette ? C'est alors la coxite grave décrite par Mondor. L'articulation est vouée à des destructions considérables et menacée d'une luxation désastreuse. Aussi, dès le début, il importe de l'immobiliser et de s'opposer au déplacement par la traction continue.

Ce qui assombrit encore le pronostic, c'est que l'arthrite gonococcique de la hanche, entraînant l'usure de la tête et de l'acétabulum, l'ostéoporose et la fragilité du col, la destruction des ligaments et du cartilage, est *presque toujours méconnue à ses débuts,* ou classée dans le rhumatisme chronique ou l'arthrite sèche.

D'autre part, la coxite blennorragique a une tendance fréquente à *l'ankylose.* Signalons cependant que ce fait n'est pas constant, puisque des formes graves, en particulier celle que nous avons pu observer, se sont terminées sans qu'il persistât la moindre limitation des mouvements.

Ces quelques considérations suffisent pour nous montrer l'avenir sombre de la coxite gonococcique. Rapportons-nous-en à König, dont nous regrettons de n'avoir pu reproduire les observations ; sur 20 cas, un seul se termine par la mort ; dans 7 cas, il y eu luxation pathologique ; 7 cas s'accompagnèrent de séquelles importants et, dans 5, les résultats furent bons.

CHAPITRE IX

Diagnostic

I. — *Diagnostic clinique.*

La grande erreur à commettre en présence d'une arthrite gonococcique de la hanche est de la considérer comme un rhumatisme articulaire ou de la prendre pour un phlegmon. En présence d'un tel tableau symptomatique il faudra toujours penser à la possibilité de la coxite blennorragique, non pas seulement chez les adultes et les jeunes, mais chez les nourrissons, chez les enfants, chez les adultes âgés, et la notion du traumatisme ne devra pas induire en erreur ; il faudra rechercher la blennorragie dans tous les cas suspects. Et il convient de rappeler ces paroles de König, à savoir que « la coxite blennorragique est une entité pathologique très particulière, qui est plus fréquente qu'on ne le croit et qui est souvent mal traitée ».

II. — *Recherches de laboratoire.*

a) Diagnostic cytologique — la cytologie des épanchements blennorragiques est à peu près inconnue.

b) Diagnostic bactériologique — la recherche du gonocoque à la source doit être toujours pratiquée ; ces recherches seront multiples, car le microbe n'est parfois identifié qu'après plusieurs examens ; chez l'homme, ces examens seront faits après massage prostatique, si les premières recherches ont été négatives. Roucayrol, dans sa méthode, fait cinq prélèvements. Chez la malade de Mondor, le gonocoque fut seulement découvert au cinquième prélèvement de secrétion vulvaire.

Le diagnostic bactériologique est le vrai diagnostic de laboratoire et nous pouvons rappeler ici les deux propositions importantes données par Mondor :

1°) Le gonocoque est seul responsable des arthrites gonococciques et sa découverte est la règle.

2°) La vitalité du gonocoque semble d'une redoutable résistance, même au niveau des articulations.

II. — *Hémoculture.*

On devrait dans toute polyarthrite grave rechercher le gonocoque dans le sang, mais cette recherche est difficile par suite de la fragilité culturale du microbe.

IV. — *Réaction de fixation.*

Méthode inaugurée en 1906 par Muller et Oppenheim, qui démontrèrent que les anticorps gonococciques pou-

vaient être mis en évidence par la réaction de Bordet et Gengou. Depuis, de nombreux travaux ont paru sur ce sujet et ont conclu à l'utilité de la réaction de fixation, qui est appelée à rendre de grands services. Mais il faut bien dire que cette recherche n'est pas encore passée dans la pratique et que les résultats signalés ne sont pas encore suffisamment constants, pour qu'elle puisse être utile en clinique.

CHAPITRE X

Examen radiographique

En France, Costa et Garcin, en 1921, ont présenté un travail très important sur les lésions constatées par la radiographie. D'après eux, le gonocoque provoque au niveau des articulations des lésions extrêmement variées et voici un aperçu de leurs travaux :

I. — *Lésions osseuses.*

La déminéralisation de l'os est le phénomène le plus constant. L'ostéoporose définit assez bien cet état pathologique de l'os, se traduisant d'une part par l'accroissement de sa perméabilité à l'égard des rayons X, et d'autre part par une modification de sa structure, « l'os semble dissous » ; la déminéralisation est tantôt localisée aux extrémités osseuses qui constituent les surfaces

acétabulaires, tantôt généralisée à tout le système osseux d'une région. « L'os perdant ses sels se creusent de vacuoles augmentant sa porosité. »

II. — *Lésions périostées.*

Le périoste enflammé réagit en produisant une nouvelle couche osseuse, qui s'organise entre l'os et la face profonde du périoste et détermine la formation d'exostoses, de périostoses, et avec quelques réserves d'hyperostoses.

III. — *Lésions non décelables par la radiographie.*

L'articulation paraît normale — aucune modification dans l'aspect de l'os et cependant il y a arthrite avec épanchement et la ponction ramène un liquide purulent. L'intégrité radiologique de l'article permet d'affirmer la limitation momentanée des lésions à la synoviale, renseignement important pour le clinicien au point de vue pronostic.

L'étude de ces lésions nous permet de conclure que, tandis que la syphilis fait de l'os, la tuberculose de la nécrose, le gonocoque paraît limiter son action sur l'os à l'ostéoporose.

Et si nous nous en tenons à la coxite gonococcique, nous pouvons constater à peu près les mêmes lésions sur la plupart des radiographies : destruction partielle de la tête fémorale ; encoche à bords nets comme par section ; léger refoulement vers le bassin du fond du cotyle ; amincissement du plancher cotyloïdien ; luxation de la

tête partiellement détruite ; ascension de 3 ou 4 centimètres. En haut, le sourcil cotyloïdien est refoulé ou détruit ; l'interligne est effacé.

L'ostéoporose s'étend au col et au delà et ce col peut se rompre au cours des tentatives d'extension. D'autres fois, la tête est détruite à sa partie supérieure ; elle est aplatie en galet et comme abrasée ; de même il y a atteinte du cotyle et la ligne de cintre est rompue, en particulier le cintre inférieur. En résumé, usure de la tête et de l'acétabulum et leurs déformations, ostéoporose du col, destruction des ligaments, ne sont-ce pas là les sombres préparatifs de la luxation pathologique, qui n'est pas toujours découverte à temps, parce que le médecin oriente son diagnostic vers l'arthrite à streptocoque, la phlébite (observation V) ou le rhumatisme articulaire aigu. Tel cet exemple de Dolbeau (in Mondor — les arthrites gonococciques) relatant la maladie d'une jeune fille prise de douleurs dans les articulations avec mouvement fébrile intense — on porte le diagnostic de rhumatisme aigu. Au bout de quelques semaines, les douleurs se sont localisées à la hanche droite, et on constate une vraie luxation pathologique avec raccourcissement considérable. Ceci nous montre qu'il sera toujours utile, en présence d'une atteinte de l'articulation coxo-fémorale, de pratiquer un examen radiologique précoce, surtout dans les cas douteux.

CHAPITRE XI

Traitement

Il n'y a pas de traitement spécifique de l'arthrite blennorragique de la hanche. Tous peuvent donner des résultants ; avec tous on peut avoir des échecs. Deux grandes indications peuvent guider le thérapeute : supprimer la douleur et conserver les mouvements au niveau de l'articulation, mais dans l'état actuel, que proposer, « tant de traitements ayant été tour à tour loués avec excès et puis peu à peu abandonnés ? »

La connaissance des caractères généraux de la gonococcie articulaire, et, d'autre part, la notion des formes cliniques si spéciales de la localisation coxo-fémorale nous semblent dicter les principes de conduite suivants :

1°) Devant toute arthrite aiguë ou subaiguë de la hanche, rechercher systématiquement le gonocoque par

des examens répétés dans les sécrétions génito-urinaires, dans le sang, dans les épanchements articulaires. Sa découverte déclanchera la mise en œuvre des thérapeutiques générales contre l'infection gonococcique. Pour notre part, nous accordons la préférence à la sérothérapie et à l'auto-hémothérapie.

a) *Sérothérapie.* — En France, faute d'un sérum antigonococcique, on a d'abord appliqué contre les complications de la blennorragie le sérum antiméningococcique « (Pissavy et Chauvet). Cette méthode est aujourd'hui délaissée et a cédé le pas à la *sérothérapie spécifique.* Nous ne connaissons bien actuellement qu'un sérum anti-microbien, le sérum de l'Institut Pasteur, préparé à l'aide de gonocoques tués par l'alcool-éther et injectés à des chevaux.

Cette médication a un triple résultat :

a) Elle a une action manifeste sur l'élément *douleur* diminuée considérablement et d'une façon constante et rapide.

b) Elle a une action plus lente sur le gonflement et les phénomènes inflammatoires.

c) Elle a une action indéniable sur les phénomènes généraux : fièvre, signes d'infection.

Ses inconvénients sont minimes. Ce sont :

Soit des réactions immédiates (phén. d'Arthus local) ;

Soit des réactions sériques générales, 5 à 10 jours après.

Le sérum peut être utilisé :

1) En injections sous-cutanées et intra-musculaires — dans ce cas, il faut injecter des doses massives d'em-

blée, 150 à 200 centimètres cubes répartis en 3 ou 4 injections de 40 à 60 centimètres cubes (Langeron et Bocca).

2) En injections intra-articulaires. La technique est simple : on ponctionne l'articulation avec toutes les précautions d'asepsie usuelles et on introduit aussitôt une quantité de sérum inférieure ou égale à la quantité de liquide retiré. Il faut répéter ponction et injection deux ou trois fois, soit quotidiennement, soit tous les deux jours. Cette sérothérapie locale est utilement complétée par des injections intra-musculaires de sérum et donne de bons résultats.

3) Sérothérapie intra-veineuse. On emploie le sérum dilué de l'Institut Pasteur pour éviter les réactions brutales, et l'on fait les injections très lentement. Trois à six injections faites tous les deux jours suffisent généralement, et on se guide sur les réactions du sujet pour déterminer la quantité de sérum à injecter. Cette méthode a donné des résultats constants dans tous les cas d'arthrites et de gonococcémies ; par son action rapide sur la douleur et les exsudats, elle permet la mobilisation précoce et évite l'ankylose.

b) *Autohémothérapie.* — Elle a eu d'heureux résultats chez notre malade de 22 ans, soignée dans le service du Professeur Langeron. L'amélioration s'est fait sentir le soir même de son injection, et la température ne dépassait pas 37°8, alors qu'elle était plus forte les jours précédents. La méthode a consisté à injecter dans la région fessière 10 centimètres cubes d'auto-sang, immédiatement après ponction veineuse, sans hémolyse, ni citratation. Cependant il est à remarquer que cette thérapeutique n'a pas agi immédiatement sur les douleurs, car celles-ci se sont atténuées progressivement.

2°) Le deuxième principe à observer est qu'en présence d'une localisation coxo-fémorale gonococcique identifiée, qu'elle soit isolée ou coexistante avec un rhumatisme polyarticulaire, il importe de surveiller l' « arthralgie traînante », ou l' « arthrite simple passagère ». Aussi il faut pratiquer l'examen radiologique précoce et travailler surtout à éviter autant que possible les deux complications qui font si sombre l'avenir de la coxite gonococcique :

la *luxation par la traction continue* dès les premiers signes d'ostéo-arthrite ;

l'*ankylose par la mobilisation* dès la chute des phénomènes aigus.

D'autres traitements ont été également mis en œuvre et ils ont leurs partisans et leurs adversaires. On pourrait citer :

la ponction avec ou sans lavage ;
l'air chaud ;
la méthode de Bier ;
l'électricité (diathermothérapie — radiothérapie) ;
la radiumthérapie ;
la proteïnothérapie
la vaccinothérapie ;
le traitement chirurgical.

Insistons quelque peu sur ce dernier qui est quelquefois appliqué dans les cas d'arthrite grave. C'est à Lister que revient le mérite d'avoir préconisé le premier, dès 1870, l'usage de l'arthrotomie — et depuis, ont paru de nombreuses observations d'arthrites traitées opératoirement. Il faut opérer tôt, le plus tôt possible, dès que la notion de gravité est certaine. Cette méthode, qui n'est pas aisément applicable à toutes les articulations, a eu ses succès, mais aussi ses échecs.

CHAPITRE XII

OBSERVATION II

(par le professeur Henri MONDOR in Mondor
« Les arthrites gonococciques »)

Il s'agit d'une jeune fille de 20 ans, qui a été prise en pleine santé d'une atroce douleur soudaine, le 11 janvier 1926. Cette douleur siège dans la fesse gauche, empêchant la station debout, et force la malade à s'aliter. Le professeur Mondor la voit le 1er février pour une affection fébrile.

Le salicylate ne calma pas la douleur, ne fit pas baisser une température, qui, depuis le premier jour, resta fixée vers 39°.

Le 1er février, à 6 heures du soir, un médecin consultant appelé par le médecin traitant, porte le diagnostic de phlegmon de la fosse ischio-rectale.

Le professeur Mondor est appelé auprès de la malade pour « une incision d'urgence », et voici dans quel état il trouva la malade :

La cuisse gauche était en flexion, adduction et rotation interne très marqués ; les deux mains fixant et protégeant la cuisse dans cette position. Il était aisé d'écarter l'hypothèse d'un phlegmon ischio-rectal et assez facile de localiser à l'articulation coxo-fémorale les phénomènes inflammatoires, si violents. L'examen était cependant rendu délicat par l'intensité des phénomènes douloureux. Le palper du triangle de Scarpa et des fesses arrachaient

des cris à la malade. L'empâtement de ces deux régions était manifeste, largement étalé. Ce qui était caractéristique, c'était que le moindre mouvement transmis à la tête faisait hurler la malheureuse. En agissant avec la plus attentive douceur au niveau du genou, tout essai de flexion, d'extension et de rotation dans la hanche était un supplice. Il fallait bien insister sur cette douleur atroce, car elle était le symptôme le plus frappant et elle ne serait pas sans avoir sur la malade son influence.

Le professeur Mondor, devant ce tableau, porte le diagnostic d'arthrite aigüe coxo-fémorale et pense à une arthrite gonococcique pour les raisons suivantes : caractère phlegmoneux des lésions, douleur extrême, soudaineté du début. En effet, un interrogatoire plus minutieux lui apprend qu'il y eut arthralgie du poignet gauche pendant deux ou trois jours avant l'atteinte brutale de la hanche.

La jeune fille, sur l'ordre du P[r] Mondor, est apportée en ambulance dans le service du professeur Souligoux, à Beaujon. Le lendemain, à l'hôpital, on réduit la position vicieuse dans laquelle la malade est fixée depuis trois semaines (flexion aigüe très marquée, adduction, rotation interne) et on immobilise cette articulation dont les douleurs n'ont pas permis une seule heure de sommeil depuis vingt jours. Anesthésie générale, grand appareil plâtré de coxalgie : cuisse en extension, pied à angle droit.

Le jour même, on fait une injection sous-cutanée de un centimètre cube de lipovaccin antigono-coccique (lipogon). Le lendemain, la température s'abaisse à 37°, alors que depuis le début elle était de 39° environ.

Le professeur Mondor fait faire une radiographie et un prélèvement des écoulements vaginaux, après avoir constaté qu'il existe un certain degré de vulvite et que la malade est vierge (hymen à petite ouverture n'admettant pas l'index). L'examen bactériologique est négatif.

En revanche, l'examen radiographique montre à l'évidence deux signes : 1° la disparition de l'interligne articulaire ; 2° une ostéoporose très marquée de la tête fémorale, ostéoporose surtout marquée à la partie supérieure de la tête.

Le traitement par le lipogon est continué (injection sous cutanée tous les quatre jours). La malade a une température qui ne dépasse pas 38°, mais des douleurs encore épouvantables. Mal-

gré l'appareil plâtré, ces douleurs sont telles qu'il faut faire chaque soir de la morphine, et que le moindre soin de toilette donné par les infirmières est un réveil de cris. La malade en arrive, par crainte du bassin, à uriner sous elle sans prévenir. Il en résulte une escharre sacrée importante dont les pansements vont donner lieu à des douleurs, des crises de larmes qui affligent le personnel. La maladie est véritablement atroce. La malade ne dort pas, ne s'alimente pas, devient cachectique, a une large escharre. Le Lipogon est continué, sans autre gain que la chute de la température, dont on peut aussi accorder le bénéfice à l'immobilisation par le plâtre. Il convient d'indiquer que, au cinquième prélèvement de pus vaginal, l'examen bactériologique a révélé la présence de gonocoques purs et que la réaction de fixation (gonoréaction) a donné un résultat franchement positif.

Une nouvelle radiographie est faite le 25 février : elle est déconcertante. Dans la gouttière plâtrée qui semblait l'immobiliser, la malade est en train de réaliser une luxation pathologique. La tête fémorale semble à demi-amputée par le sourcil cotyloïdien, la moitié inférieure du cotyle est désertée. Ce qui reste de la tête est en subluxation en haut et en arrière. Les choses se passent comme si le rebord cotyloïdien, à la façon d'un instrument tranchant, tranchait, réséquait cette tête poreuse dont la première radiographie montrait la décalcification aiguë. On supprime la gouttière plâtrée et on applique l'extension continue.

La malade en éprouve un grand soulagement. De ce jour, cessent les phénomènes douloureux. Le lipogon est continué pendant quinze jours encore ; l'état général de la malade s'améliore. Elle mange, dort, ne redoute plus le pansement de l'escharre.

Une nouvelle radiographie le 15 mars montre que l'extension n'a pas corrigé la subluxation. Par crainte d'une ankylose en attitude tout à fait vicieuse, le professeur Mondor n'ose pas placer cette cuisse en flexion, rotation externe et adduction, qui favoriseraient le retour de la tête et fait faire un appareil plâtré par le docteur Robert Ducroquet. La malade le gardera deux mois. Elle ne souffre plus, engraisse, répare vite son escharre.

Le 15 mai, l'appareil plâtré est enlevé. La malade a une cuisse gauche fort atrophiée, un raccourcissement de 4 centimètres, une hanche incomplètement ankylosée en subluxation.

Il faut souligner et publier ce déplorable résultat orthopé-

dique, comme le dit justement le Pr Bondor, chez cette jeune fille de 20 ans, dont la mono-arthrite aigüe coxo-fémorale, diagnostiquée au vingtième jour, et malgré quatre examens bactériologiques négatifs, étiquetée gonococcique et traitée par des vaccins anti-gonococciques, a entraîné, malgré le plâtre, une luxation pathologique. A remarquer aussi ces diagnostics, faits par le médecin traitant et le médecin consultant, d'arthrite rhumatismale et de phlegmon ischio-rectal.

La malade, chaque jour exercée à la marche, put, le 6 juillet, quitter le service, marchant assez convenablement grâce à ses talons de chaussures fort inégaux. Mais après quelle grave maladie, quel dégât articulaire !

OBSERVATION III

par M. le Professeur Widal in Mondor

« Les arthrites gonococciques »

Elise L....., âgée de 28 ans, vendeuse, jusque-là bien portante, est prise, le 14 avril 1926, de douleurs vives dans le bas-ventre, des deux côtés ; pas de vomissements, pas de nausées, pas de troubles intestinaux ; en revanche, pertes vaginales abondantes, mictions douloureuses et sanglantes à la fois ; la malade trouve l'explication de ces accidents dans des rapports récents. Le 15 août, une brusque douleur étendue à tout le bras gauche, surtout marquée à l'épaule ; le lendemain, cette douleur n'existe plus ; en revanche, les douleurs pelviennes sont très pénibles. Le 17 août, douleurs dans la jambe droite (la malade n'en peut préciser le siège). Le 18 août, violentes douleurs dans le genou, et surtout la hanche droite. La malade essaie en vain de se lever. Le 20 août, la malade entre à l'hôpital Cochin, dans le service de M. le professeur Widal, où l'on porte aussitôt le diagnostic d'arthrite gonococcique et l'on institue un traitement immédiat par vaccin, sérum, et abcès de fixation. Pendant deux mois, la température est entre 38° et 40°. Les douleurs au niveau de la hanche sont atroces ; le gonflement y est longtemps énorme ; les douleurs et

le gonflement du genou sont moindres. Après des phénomènes aigus graves, et plus de dix semaines, une amélioration survient : le massage léger ,quelques essais de mobilisation amènent le retour de quelques mouvements au niveau de la hanche et du genou. Mais, dans le mois d'octobre, la malade croit remarquer que son membre inférieur droit est plus court ; en effet, l'examen et la radiographie vont montrer une luxation pathologique de la hanche. Le 17 décembre, l'état général est bon, la température est normale, mais le membre inférieur droit est en piteuse condition ; amyotrophie considérable, ascension trochantérienne manifeste, cuisse fixée en extension et adduction, genou ankylosé à demi, pied en équinisme, raccourcissement de 3 centimètres. On met ce membre en extension continue avec redressement du pied.

L'examen de la radiographie montre : la décalcification de l'extrémité supérieure du fémur ; la destruction du tiers supérieur de la tête fémorale ; l'agrandissement en hauteur de la cavité cotyloïde, surtout l'ascension de la tête dans ce cotyle, dont le toit semble refoulé par la tête, qui, elle-même, semble réséquée peu à peu par le rebord du cotyle supérieur. Ascension de 3 cm. environ. Là où tête et cotyle s'affrontent encore, leurs bords sont mâchés, irréguliers.

OBSERVATION IV

(par M. le Pr Pasteur-Vallery Radot, in Moudor « Les arthrites gonococciques »)

Eugénie C....., âgée de 22 ans, entre dans le service du docteur Souligaux, le 15 décembre 1926, venant de l'hôpital Cochin, où elle était soignée depuis neuf mois pour une polyarthrite gonococcique.

L'affection a débuté le 15 mars 1926. Brusquement, après le repas du soir, la malade a ressenti de vives douleurs des deux côtés du bas-ventre, au-dessus des plis inguinaux et profondément. Ces douleurs arrachent des cris à la malade pendant les quelques pas qu'elle fait pour gagner son lit ; elles persistent la

nuit, empêchant tout sommeil. Le lendemain, la malade tente de se lever au prix de souffrances très vives. Elle arrive, à force d'énergie, à pouvoir se tenir debout, mais il lui est impossible de marcher. Elle fait appeler son médecin qui prend la température : 39°5.

Malgré une potion calmante, la malade continue à souffrir le jour et la nuit qui suivent.

Trois jours après le début des accidents, apparaît une douleur au niveau de l'articulation temporo-maxillaire gauche avec trismus intense ; la malade ne peut plus manger, elle a même des difficultés pour boire, les mots sont articulés difficilement. De plus, au même moment, apparaît une souffrance assez violente dans l'épaule droite.

Le 22 mars, la malade est envoyée à l'hôpital Cochin ; sa température à l'entrée est encore de 39°5. Les douleurs, qui ont légèrement cédé au niveau de la hanche gauche, ont gardé toute leur acuité à droite. L'impotence fonctionnelle est absolue à droite, considérablement diminuée à gauche, toute mobilisation se révélant affreusement douloureuse.

Le 28 mars, la malade est le sujet d'une leçon clinique : la coxite bilatérale, jointe à l'existence de l'arthrite temporo-maxillaire, jointe à la notion de pertes verdâtres très abondantes, s'accompagnant de phénomènes de cystite et d'uréthrite, ont fait porter le diagnostic de polyarthrite gono-coccique. Un traitement médical actif est mis en œuvre. Malgré lui, la température demeure très élevée entre 39° et 40°, l'état général intensément touché. De plus, peu de jours après son entrée, la malade présente des douleurs au niveau du genou droit. Un gonflement considérable de l'articulation se produit rapidement, mais jamais la peau n'a été modifiée dans son aspect. Tout essai de mobilisation est intolérable.

Huit jours environ après cette arthrite du genou droit, c'est le genou gauche qui est pris ; les douleurs sont un peu moindres, mais le gonflement est le même qu'à droite. Une ponction est pratiquée à gauche qui ne retire que peu de liquide ; un ensemencement de ce liquide ne donne aucun résultat.

Alors que l'arthrite du genou droit persiste avec toute son acuité, au genou gauche, au bout de quelques jours, les phénomènes douloureux s'amendent, mais la mobilisation demeure très difficile.

A cette époque, la malade se plaint de souffrances très vives, généralisées aux deux bras, et telles que le simple effort de porter les aliments à la bouche est très pénible.

Au bout de quelques semaines, la hanche droite est toujours douloureuse, même spontanément, avec élancements surtout nocturnes ; la hanche gauche est moins douloureuse. Les phénomènes douloureux spontanés ont disparu, mais réapparaissent à l'occasion et à la suite d'une mobilisation du membre. Le genou droit est également très atteint, et tout mouvement est impossible, tandis que le genou gauche n'est douloureux que dans les mouvements de flexion, d'ailleurs limités.

Les signes généraux sont toujours très marqués :

La température ne s'abaisse pas au-dessous de 38°5 et dépasse certains jours 40°. L'amaigrissement est considérable, l'anorexie absolue. La maladie est très grave : deux hémocultures demeurent négatives.

De plus, trois semaines après son admission à l'hôpital, la malade a présenté une escarre fessière gauche, qui est devenue rapidement très large et très profonde. A droite, une escarre fessière se produisit aussi, mais de gravité moindre. Trois mois après le début de l'affection, deux escarres talonnières — plus marquées à gauche — apparaissent. Les phénomènes douloureux ont persisté au niveau de la hanche droite et du genou droit. L'état général, très atteint jusqu'au mois de juillet, s'est un peu amélioré depuis ; mais la température demeure longtemps au-dessus de la normale, affectant pendant certaines périodes un type hectique et atteignant ou dépassant 40°. Une anémie notable est vérifiée le 23 septembre à 2.860.000 globules rouges.

Le traitement médical le plus actif a consisté en :

Lipo-vaccin : 15 injections de un centimètre cube au début ;

Sérum anti-gono : au moins 500 cm3 en 15 jours environ (fin mai) ;

Insuline : six fois 30 unités (fin mai) ;

Iodaseptine : pendant 20 jours 50 centigrammes (fin juin juillet) ;

Vaccin anti-gono de Pasteur : 18 injections (juillet-août) ;

Extrait pancréatique : treize jours consécutifs en septembre .

Sulfarsénol associé à pancréatine en septembre.

Le 15 décembre, la malade est confiée à M. Mondor et entre à l'hôpital Beaujon.

La température à ce moment est normale. La malade a présenté par trois fois (deux fois à Cochin, une fois à Beaujon) une poussée thermique coïncidant avec des douleurs lombaires et polyurie trouble. L'examen des urines a montré une coli-bacillurie.

Les escarres sont presque comblées, sauf à la fesse gauche ; la malade est encore très anémiée, sans force.

A l'examen :

D'emblée on est frappé par la fonte musculaire marquée au niveau des membres inférieurs : les muscles de la cuisse sont aplatis, à droite surtout, où le quadriceps est réduit à rien. Les muscles de la jambe sont également très atrophiés des deux côtés ; à droite, ils sont très douloureux à la pression même légère.

Le pied, en équinisme marqué et irréductible, est en rotation interne, mais surtout la jambe droite apparaît remontée de quatre à cinq travers de doigts. La mensuration montre un raccourcissement de 5 centimètres.

La rotule droite est presque soudée au plan osseux sous-jacent.

A gauche, la rotule se mobilise facilement, presque normalement.

Cicatrice d'escarre au niveau de la tête du péroné droit.

De plus, la peau, qui au niveau des cuisses est sèche, devient aux jambes squameuse.

Au niveau du bassin (les deux membres étant symétriques), le grand trochanter droit apparaît remonté de 4 à 5 travers de doigts. La palpation profonde du creux inguinal droit est douloureux. Il n'existe qu'une très légère adénopathie inguinale.

L'exploration des mouvements montre leur extrême limitation.

L'incapacité fonctionnelle est presque absolue : à gauche, la malade soulève avec peine et très légèrement la jambe ; à droite, le pied reste collé au pied du lit.

Les mouvements d'abduction sont extrêmement limités, à droite surtout. La flexion de la cuisse droite sur le bassin est absolument impossible. A gauche, la limitation est un peu moindre : on obtient, au prix de douleurs vives, une légère flexion du genou (50°) et une légère flexion de la cuisse sur le bassin.

La flexion et l'extension du pied sur la jambe, des deux côtés, est impossible.

L'examen des autres appareils ne montre rien d'anormal.

Les antécédents lointains de la malade sont normaux, mais un mois environ avant le début de cette polyarthrite, la malade a présenté :

Un amaigrissement rapide avec atteinte marquée de l'état général ; de l'anorexie ; sueurs nocturnes, petits frissons, état fébrile.

La malade insiste sur l'existence pendant 15 jours d'une céphalée intense. A ce moment, elle présentait déjà quelques pertes blanches, puis sont apparus des phénomènes nets de blennorragie aiguë : Pertes verdâtres abondantes souillant le linge.

Brûlures vives à la miction et pyurie.

Il semble que les phénomènes généraux précédents puissent être attribués à la gonohémie commençante, qui devait se montrer si tenace et si violente dans ses manifestations articulaires.

A noter que la malade, qui avait toujours été bien réglée, n'a plus jamais vu ses règles depuis le début de la polyarthrite.

Examen radiographique (décembre 1926, neuf mois après le début de la maladie).

Hanche gauche : surfaces articulaires décalcifiées, mais exactement affrontés, interligne sans clarté.

Hanche droite : la tête est remontée de 5 centimètres environ de plus, elle est aplatie comme de haut en bas ; sans aucune rotondité, elle est comme si la moitié supérieure avait été sciée et détachée.

La cavité cotyloïdienne semble agrandie. Le toit cotyloïdien, au-dessus de ce qui reste de la tête, est irrégulier, à la fois érodé et hérissé d'ostéophytes.

En somme, après une longue maladie, grave infirmité. Ankylose du genou droit. Ankylose presque complète de la hanche gauche. Subluxation pathologique de la hanche droite.

OBSERVATION V.

(M. le Professeur Mondor, in « Les arthrites gonococciques ».)

M^me^ B... entre à Beaujon, le 7 janvier 1927, salle Vulpian (service de M. le docteur Souligoux) pour des douleurs abdominales avec température à 39°.

Le 21 septembre 1926, la malade a fait une fausse-couche de trois semaines.

Le 22 septembre, on lui a fait chez elle un curettage.

Le lendemain, 23 septembre, pour changer de lit, elle pose le pied à terre et ressent tout à coup une douleur dans le genou et la hanche gauches.

Vingt-quatre heures après, la température est à 39° ; on ne trouve rien d'anormal du côté de l'uterus, et comme la jambe est douloureuse et un peu enflée, on dit « phlébite » et on immobilise immédiatement le membre inférieur gauche dans une gouttière.

La souffrance n'en fut pas calmée ; elle persistait, au contraire, dans la cuisse, le genou, le pied ; l'enflure portait surtout à la face antérieure de la racine de la cuisse.

La température persistait élevée, et il semble qu'on ait pensé à une septicémie pour laquelle on aurait fait un abcès de fixation, de la septicémine intra-veineuse, et du sulfarsenol intra-veineux.

L'immobilisation fut continuée ainsi pendant quarante-huit jours, jusque vers le 15 novembre.

La malade se rappelle fort bien que, vers le vingtième jour, elle ressentit une douleur violente dans la partie haute de la cuisse (elle indique actuellement la région de son grand trochanter), et, dit-elle, « la souffrance tournait en arrière », vers la fosse iliaque externe.

Cette douleur s'exacerbait par crises, n'a jamais complètement cessé, et maintenant que le syndrome abdominal aigu pour lequel elle entrait à l'hôpital et qui ne dura que quarante-huit heures s'est atténué, c'est sur cette douleur articulaire que la malade pense à attirer l'attention.

Au bout de quarante-huit jours d'immobilisation, on enlève la gouttière et on commence les massages et les douches d'air chaud : l'articulation de la hanche, celle du genou sont raides ; les essais de marche sont très pénibles, et les douleurs persistent ; on parle de rhumatisme qu'on tente de calmer en cinq ou six jours de traitement salicylé.

Au début de décembre, une congestion pulmonaire dut faire interrompre les massages de la jambe. On les reprit vers le 20 décembre, et le genou commençait à plier, la malade allait essayer

de marcher, quand elle fut prise brusquement de coliques abdominales avec réélévation de la température, ce qui l'amena d'urgence à Beaujon.

Le raccourcissement de la jambe, qui avait été constaté un jour que la malade s'était mise debout, n'avait inquiété personne, le médecin ayant promis que tout rentrerait dans l'ordre avec la marche.

Actuellement, à l'examen, 16 janvier 1927 :

La cuisse est élargie, épaissie, non douloureuse à la palpation des masses musculaires : cet épaississement ne dépasse pas le genou ;

La peau est de coloration normale ;

On ne sent pas de cordon veineux le long de la saphène interne ; pas de ganglions inguinaux.

Toute la partie inférieure du fémur semble épaissie par rapport au côté droit.

On ne constate nulle part de point douloureux osseux. Le grand trochanter est remonté, la mensuration révèle un raccourcissement de la cuisse de 3 centimètres environ.

Les mouvements de l'articulation coxo-fémorale sont à peu près nuls et douloureux.

Au genou : extension complète, flexion de 30°, pas de mouvements de latéralité.

Examen des organes génitaux et urinaires :

Le toucher vaginal n'a rien révélé d'anormal. La malade n'accuse pas de pertes blanches abondantes, sauf un peu de leucorrhée les jours qui précèdent les règles.

Pas de phénomènes de cystite.

Jamais de douleurs abdominales.

A eu deux enfants dans de bonnes conditions et bien portants.

Au premier examen bactériologique des sécrétions vaginales, le gonocoque a été découvert. Un deuxième examen de vérification a montré des gonocoques abondants.

L'examen de la radiographie nous a montré un élargissement

considérable de la cavité acétabulaire, une destruction presque complète de la tête, une ascension trochantérienne de 3 à 4 centimètres.

Il s'agissait donc encore une fois d'une luxation pathologique de la hanche par arthrite aiguë, sans doute gonococcique ; et comme les choses se passent si souvent, le diagnostic porté avait été celui de phlébite.

OBSERVATION VI

par le Dr Guinard, in thèse Brès, 1898.

Mme X..., âgée de 21 ans 1/2, se marie en parfait état de santé le 12 août 1895. Le 8 septembre, elle est prise de douleurs violentes dans la hanche gauche. Le mari a eu la blennorragie, il y a trois ans, mais « n'a plus qu'une goutte, de temps en temps, après les excès ». Le 4 octobre, le chirurgien met un appareil plâtré immobilisateur du pied à la taille, et le laisse jusqu'au 22 novembre. Les douleurs cessent complètement dès l'immobilisation plâtrée ; mais quand on enlève l'appareil, on s'aperçoit que le membre est fléchi et placé en forte abduction. La malade reste ainsi absolument difforme pendant tout l'hiver. Je la vois au mois de juin et je conseille le redressement forcé sous le chloroforme.

Le 3 juin, la malade étant anesthésiée, je fais des tentatives de redressement du fémur. Au cours de ces manœuvres, le fémur se fracture juste au-dessous du grand trochanter, mais l'ankylose de la hanche reste intacte. Je place aussitôt l'appareil à traction et je laisse la malade six semaines avec de l'extension.

Depuis ce temps, le membre est dans une rectitude parfaite, et la malade que je revois souvent boite de moins en moins et ne souffre plus. Elle est seulement gênée maintenant par la raideur de l'articulation du genou qui empêche la flexion complète de la jambe sur la cuisse. Cependant, comme l'amplitude de ces

mouvements augmente constamment quoique très lentement, je ne crois pas nécessaire de faire autre chose que des massages, de l'électrisation et un traitement général ioduré.

OBSERVATION VII

Sur un cas de coxite à début très aigu, avec lésions osseuses, d'origine très probablement gonococcique.

(MM. Papin et Magnant, in « Gazette hebdomadaire des Sciences médicales », décembre 1928.)

Il s'agit d'une malade de vingt-trois ans, dont l'observation sommaire est la suivante :

Le 15 juillet 1926, apparition en pleine santé d'accidents très aigus et très douloureux au niveau de l'articulation coxo-fémorale gauche ; accidents précédés de quelques jours par une bartholinite aiguë incisée. L'état général est gravement atteint ; la température, très élevée, oscille entre 39° et 40° ; le membre inférieur gauche s'est placé en attitude vicieuse, flexion, adduction, rotation interne ; le moindre mouvement arrache des cris à la malade, le toucher rectal pouvant être seul pratiqué révèle un empâtement sur la face interne du cotyle gauche. On se tient sur l'expectative au point de vue intervention, et étant donné l'état de faiblesse extrême du sujet, on se contente de donner des toniques cardiaques, de pratiquer un abcès de fixation et de corriger la déviation du membre par l'extension continue. Quelques jours après le début, apparaît une escharre fessière. Au bout de deux mois, l'état général s'améliore, le membre est revenu peu à peu en rectitude, mais on constate une laxité articulaire considérable qui se manifeste par un mouvement de piston de la tête fémorale des plus nets. La tête fémorale est en place, il n'y a pas de luxation. Il existe un raccourcissement de 3 centimètres environ. Pas d'ankylose, tous les mouvements du membre sont possibles, et peu douloureux; l'abduction seule est limitée. L'atrophie musculaire du membre est

considérable. Une première radiographie montre l'altération de la tête fémorale qui se fragmente et s'érode sur toute sa surface. Interligne conservé, oblitération du cotyle qui s'amincit considérablement et fait saillie dans le petit bassin ; décalcification uniforme et généralisée de la tête et du col fémoral ; absence de périostoses et d'exostoses péri- ou intra-articulaires. Conservation des rapports normaux des extrémités articulaires.

La marche n'est possible qu'au bout de cinq mois, d'abord avec un appareil de cuir armé, et des béquilles, puis avec des cannes.

Actuellement, la malade marche sans appareil et sans canne, la marche est très facile et s'exécute seulement avec une très légère boiterie. Le mouvement de flexion qu'elle présentait jadis a disparu, l'atrophie persiste, mais moindre ; le raccourcissement est de 2 centimètres. L'état général est parfait. Une radiographie récente : octobre 1928, montre que les lésions d'atrophie de la tête fémorale sont encore plus accentuées. Cette tête, d'ailleurs, a actuellement disparu, il n'existe plus que le col lui-même, atrophié et aminci. Le cotyle est de la minceur d'une feuille de papier, mais très régulier dans ses contours ; de plus, il est refoulé presque entièrement dans la cavité pelvienne, où il fait une saillie prononcée ; l'interligne est plutôt flou ; il semble que le fond du cotyle soit relié au col fémoral par un tissu fibreux dense. La tête fémorale ou ce qui en reste est bien en place dans le cotyle ; donc, pas de luxation.

La radiographie de cette malade réunit tous les signes importants de la coxite blennorragique, tels que les a décrits Mondor dans ses récents travaux ; il est regrettable qu'il n'ait pas été fait d'examen bactériologique du pus.

OBSERVATION VIII

(Docteur Duvernay, in « Revue d'Orthopédie », 1926.)

M^me^ T..., 41 ans. Etant toute petite sautait et courait comme les autres enfants. Vers 10-12 ans, tomba dans les escaliers sur la hanche. Ne se fit pas de mal, et continua ses jeux. Mais à

partir de ce moment souffrait vaguement à droite et se « déhancha » un peu, sans que cela la gênât, ni l'empêchât de faire de longues marches.

A l'âge de 28 ans : blennorragie au cours de laquelle rhumatismes divers qui se localisent sur la hanche droite ; souffre vivement pendant 2 mois et reste ankylosée.

A l'âge de 39 ans, retour offensif de gonocoques avec pertes jaunes, épaisses, brûlantes, au cours duquel apparaît de la douleur de la hanche gauche qui persiste depuis,

A l'examen : luxation iliaque droite ankylosée en abduction et en rotation interne.

A gauche, arthrite typique avec : douleur inguinale, signe du soulier, limitation de l'abduction à 15° et de l'adduction à 5°. Flexion conservée jusqu'à l'angle droit.

Nous remercions le Docteur Duvernay de nous avoir signalé cette observation, car ce cas illustre celui du Professeur Langeron (observ. I) en ce sens qu'il montre une arthrite gonococcique sur une malformation. La grande erreur, comme nous le fit remarquer le Docteur Duvernay, lors de sa visite à l'Hôpital de la Charité, consiste à attribuer à l'arthrite ce qui lui est antérieur.

CONCLUSIONS

Nous n'avons pas voulu retracer ici toute l'histoire des arthrites gonococciques de la hanche ; nous nous sommes bornés à relater un cas de coxite blennorragique et à étudier ses formes cliniques. De cette étude, nous croyons pouvoir tirer deux conclusions :

1°) La coxite est une complication assez fréquente de la blennorragie. Son diagnostic devra être fait précocement, malgré les difficultés dues à la latence fréquente des phénomènes gonococciques initiaux, ou quelquefois au peu d'intensité des symptômes articulaires que conditionne en partie le siège profond de l'articulation. La radiographie devra toujours être pratiquée ; par les renseignements qu'elle apporte, elle est le complément indispensable de la clinique.

2°) Le pronostic de la coxite est assez sombre ; il dépendra assurément de la forme clinique de la maladie, mais surtout de la précocité du traitement. Parmi les traitements conseillés, nous retiendrons surtout la sérothérapie, l'autohémothérapie, la mobilisation précoce et le massage prudent associés à l'extension continue. Ces divers traitements ont été pratiqués dans l'observation que nous avons pu suivre et nous ont paru particulièrement efficaces.

Bibliographie

Apert et Cambassédes. — *Presse Médicale*, 1920. 26 novembre, p. 713.

Assemat. — Contribution à l'étude des arthrites gonococciques et leur traitement par un sérum polyvalent. (*Thèse de Paris*, 1923.)

Augé. — Une observation d'ostéo-arthrite chronique de deux hanches sans bacillose ni spécificité (*Soc. de médecine militaire française*, 1924, p. 201).

Auvray. — Vaccinothérapie gonococcique (*Congrès français de chirurgie*, 1921).

Bankart. — Pseudo-coxalgia (Lancet, 1921, p. 509).

Bertin. — Les ostéopathies blennorragiques (*Gazette des Hôpitaux*, 1914, p. 293).

Bezançon, Weill, Weismann, Netter. — Arthrites blennorragiques et arthrotomie (*Bull. Soc. Méd. des Hôpit. de Paris*, 1923).

Beaujard, Roussy, Caillads et Cornil. — Ostéo-arthrite, coxo-fémorale déformante de l'adulte (*Paris Médical*, février 1919).

Brès. — Thèse, Paris 1898.

Broca. — Arthrites non tuberculeuses de la hanche (*Presse Médicale*, 1922).

Bouchard. .. *Vie Médicale*, 1924, 22 février.

CADENAT. — Le traitement actuel de l'arthrite blennorragique (*L'Hôpital*, 1924, p. 401).

COSTA et GARCIN. — Les lésions du rhumatisme blennorragique constatées par la Radiologie (*Journal de Radiologie et d'Electrologie*. Paris 1921, p. 49).

COSTA. — *Marseille Médical*, 1920.

COUCHET. — L'ostéo-arthrite de la hanche (*Vie Médicale*, 1923).

COUDRAY. — Les luxations pathologiques dans les arthrites blennorragiques (*Thèse de Paris*, 1926).

COUVELAIRE. — Arthrite gonococcique au cours de la gestation, guérison par la sérothérapie (*Gynécologie*, Paris 1923).

DELSEIL. — Les arthrites gonococciques de la hanche (*Thèse de Paris*, 1926).

DUGUET et CLAVELIN. — Les arthrites chroniques non tuberculeuses de la hanche chez l'adulte (*Revue de Chirurgie*, 1925).

DUVERNAY. — De l'arthrite chronique de la hanche chez l'adulte. (*Revue d'Orthopédie*).

FRŒLICH. — Des coxites et coxalgies frustes de l'enfance (*Revue de Chirurgie*, 1917).

FRŒLICH. — Des coxites de croissance (*Rev. de Chirurgie*, 1923).

GANGOLPHE. — Les ostéopathies blennorragiques (*Lyon Médical*, 1913).

GILBRIN. — Sérothérapie des arthrites blennorragiques. (*Thèse de Paris*, 1920-21).

KIRMISSON. — De l'ostéomyélite de la hanche (*Journ. des Praticiens* 1917).

KÖNIG. — *Deutsch. Med. Wochen.*, 1910.

LANGERON et DELCOUR. — La coxite gonococcique (*Presse Médicale*, 1928).

LANGERON et BONA. — *Lyon Chirurgical*, 1920.

LORENZ. — Ueber die Coxitis therapie. (*Zeit. f. Orthop. chir.*, 1910).

LORENZ. — Erkemmung der Coxitis in Kindesalter (*Zeit. f. aerztl. Fortbild.* 1920).

MASSABUAU et CHAPTAL. — A propos des fausses coxalgies (*Bull. soc. sc. méd. et biol.*, Montpellier, 1923).

MERKLEN. — Quelques remarques au sujet du diagnostic et du traitement des coxarthries de l'adulte (*L'Hôpital*, 1925).

MELHEMY. — The treatment of coxitis (*N. Orl. M. and Surg. J.*, 1908).

MONDOR. — Coxite gonococcique (*Congrès Fé. Chir.*, 1926).

MONDOR. — Arthrites gonococciques (*Congrès Fr. Chir.*, 1926).

MONDOR. — Coxite gonococcique (*J. de Chirurgie*, janvier 1927).

MONDOR. — Remarques sur l'étiologie des arthrites gonococciques (*Gazette médicale de Paris*, 1927).

MONDOR. — Remarques sur le diagnostic des arthrites gonococciques (*Prat. méd. franç.*, juillet 1926).

MONLOUGUET. — *Journal de Radiologie*, 1926.

MOUCHET et LEFRANC. — Ostéo-arthrite coxo-fémorale déformante de nature indéterminée (*Bull. Soc. Chir.*, 1919).

MURPHY. — Arthroplasty of the hip (*Surg. clin.*, 1916).

NOVÉ-JOSSERAND. — Arthrite suppurée de la hanche chez le nourrisson (*Clinique*, 1907).

PAPIN et MAGNANT. — Sur un cas de coxite à début très aigu, d'origine très probablement gonococcique. (*Gazette hebd. des sciences médicales*, 23 déc. 1928).

PARKER. — Osteoarthritis of the hip (*Brit. Med. J.*, 1922).

PHILIPPET. — Ostéopathies blennorragiques (*Thèse de Paris*, 1901).

RŒDERER-DELAPEHIER. — Les coxites non tuberculeuses (*Soc. des Chirurgiens de Paris*, mai 1927).

ROSTENSTEIN. — Les affections chroniques de la hanche (*Marseille Médical*, 1924). Tuberculose exceptée.)

ROUVELLOIS. — Arthrites non tuberculeuses de la hanche (*Soc. de méd. mil. franç*, 1924).

SAVARIAUD. — Les fausses coxalgies (*Journal de Médecine de Paris*, 1917).

SORREL. — Arthrite de la hanche (*Soc. Nat. de chir.*, 1924).

STEVENSON-BOER. — L'arthroplastie de la hanche (*J. de Clinique*, 1927).

TAVERNIER. — Arthropathie de la hanche (*Revue orthopédique*, 1918).

TRÈVES. — Coxite gonococcique (*Armée médicale pratique*, 1927).

TUBBY. — Affections of the hip (*Clin. J.*, 1903).

WEILL. — Le traitement moderne du rhumatisme blennoragique *Hôpital*, 1923).

VU :
Le Président de la Thèse :
LE FORT.

VU : *Le Doyen,*
DUBOIS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Recteur :
CHATELET.

Table des Matières

PAGES

CHAPITRE I. Avant-propos 7

CHAPITRE II. — Observation première 9

CHAPITRE III. — Aperçu historique 14

CHAPITRE IV. Etiologie 17

CHAPITRE V. Symptomatologie 20

CHAPITRE VI. — Formes anatomo-cliniques 23

CHAPITRE VII. — Classification 27

CHAPITRE VIII. — Pronostic 29

CHAPITRE IX. — Diagnostic 31

CHAPITRE X. — Examen radiographique 35

CHAPITRE XI. — Traitement 39

CHAPITRE XII. — Observations 43

CONCLUSIONS 59

BIBLIOGRAPHIE 61

Imprimerie
DOURIEZ-BATAILLE
140, Rue Nationale, 140
LILLE